

問 診 票

フリガナ

氏名 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◆症状、受診目的	肩こり ・ 腰痛 ・ 頭痛 ・ 筋肉の痛み ・ だるい ・ 関節の痛み ・ 不眠				
	手のこわばり ・ 目の乾燥 ・ 口が渇く ・ 動悸 ・ 発汗				
	健康診断で異常を指摘された ・ その他 (_____)				
◆いつからですか？					
◆既往歴	病名： _____ (_____ 才)	手術歴： _____ (_____ 才)			
	病名： _____ (_____ 才)				
	病名： _____ (_____ 才)	その他： _____			
	病名： _____ (_____ 才)				
	病名： _____ (_____ 才)				
◆感染症	なし ・ あり	B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV ・ 梅毒			
◆アレルギー	なし ・ あり	(薬)	(食物)		
	その他 (_____)				
	アルコール消毒はかぶれますか？ いいえ ・ はい				
◆飲酒	なし				
	あり (毎日 ・ 週2～3回 ・ 週4～5回 ・ お付き合い程度)				
◆運転	なし ・ あり (毎日 ・ 週2～3回 ・ 週4～5回 ・ 週末 ・ 不定期)				
◆日常生活	歩行可 ・ 杖使用 ・ 車椅子使用 ・ 補聴器使用 ・ その他 (_____)				
◆月経	順 ・ 不順	◆妊娠の有無 (現在)	いいえ	◆妊娠希望の有無 (現在)	いいえ
	閉経 (_____ 才頃)		はい (_____ 週)		はい
◆ご家族の病歴	父母、兄弟		祖父母		
◆ジェネリック処方	希望する ・ どちらでも良い ・ 希望しない				
◆その他	事前に伝えておきたいこと・・・などご自由に記入してください。				